

# Hugmyndafræði flokkunarkerfis ICF – árangursrík nálgun í endurhæfingu ... og víðar?

## Inngangur

Miklar framfarir hafa orðið í læknisfræði á síðustu árum en þær eru nær alltaf hlutlægar og ekki síst tæknilegar. Þrátt fyrir framfarir stöndum við frammi fyrir heilsufarsvandamálum sem ekki er hægt að leysa með tæknilegum lausnum eins og aðgerðum, lyfjagjöf eða frekari rannsóknum.

Læknisfræði byggist að miklu leyti á líflæknisfræðilegu líkani, (biomedical model) (1). Þar er allt kapp lagt á að finna orsakir einkenna, meinsemda eða sjúkdóma. Hugmyndin er sú að ef orsök er fjarlægð verði viðkomandi heilbrigður að nýju. Mjög ríkt er í mannlegu eðli, bæði fagfólks og sjúklinga, að vilja vita ástæðu einkenna sinna. Þrátt fyrir miklar framfarir og þekkingu í læknisfræði er enn daglegt brauð að ekki sé hægt að svara öllum spurningum sjúklinga (2). Mikilvægt er að gera sér grein fyrir því að sjúklingar leita til læknis vegna einkenna en ekki vegna skilgreindra „sjúkdóma“ (3). Með öðrum orðum þá finnur sjúklingur fyrir einkennum sem hann veit ekki af hverju stafa. Meðferð felst yfirleitt í tæknilegum inngrípum, en oft er ekki hægt að fjarlægja einkenni að fullu eða að „lækna viðkomandi“ (restitutio ad integrum). Ákveðin einkenni verða viðvarandi og orsaka færniskerðingu sem getur varað í mörg ár eða alla ævi. Undanfarin ár hefur meðalaldur hækkað og samfara því verða langvinnir sjúkdómar algengari í hinum vestræna heimi.

Endurhæfingarlækningar beinast að sjúklingum með mismunandi einkenni og færniskerðingu sem ekki er hægt að lækna. Þeim eru sýndar bestu leiðirnar til að aðlagast breyttum aðstæðum, einkennum eða fötlun og fundnar leiðir til aukinnar færni. Einnig er fengist við langvarandi heilsukvilla með því markmiði að viðkomandi geti að lokum tekið þátt í samfélaginu. Nálgunin felur ekki eingöngu í sér leiðir fram hjá heilsubrestum heldur byggist hún einnig á því að bæta heilsu fólks með meðferð, fræðslu og stuðningi á þeim sviðum þar sem styrkleikar viðkomanda liggja þrátt fyrir heilsutjón (salutogenese) (4). Aðferð endurhæfingarlækninga hefur verið nefnd líf-sál-félagsleg nálgun (bio-psycho-social model).

Þessi grein varpar ljósi á nýtt ICF flokkunarkerfi sem fellur vel að hugmyndafræði endurhæfingar og gæti að mati höfunda nýst víðar í heilbrigðiskerfinu.

## Saga

Árið 1980 varð til svokallað sjúkdómsafleiðingamódel sem hét ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) (5). Í 20 ár hafa nefndir á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) unnið að frekari þróun þessa. Eitt aðalmarkmiðið var að búa til greiningarkerfi sem allar þjóðir heims gætu notað, burtséð frá sérstöðu hverrar þjóðar, sem myndi einnig auðvelda samanburð milli þjóða. Þó nokkrar breytingar hafa verið gerðar á gamla kerfinu en nýja kerfið var nefnt „International Classification of Functioning, Disability and Health“ skammstafað ICF (6).

ICF hugtakið byggist á fjórum þáttum sem einkenna heilsufarsástand (mynd 1):

- líkamsvirkni og líffærastarfsemi,
- færni í athöfnum daglegs lífs
- þátttöku
- umhverfis- og persónutengdum þáttum (sambhengisþættir)

Árið 2001 mælti WHO með að ICF yrði notað samhliða kóðunarkerfi ICD, en það er kóðunarkerfi fyrir sjúkdóma (7). Með þessum tveimur



Jan Triebel<sup>1</sup>

ENDURHÆFINGARLÆKNIR



Ólöf H.

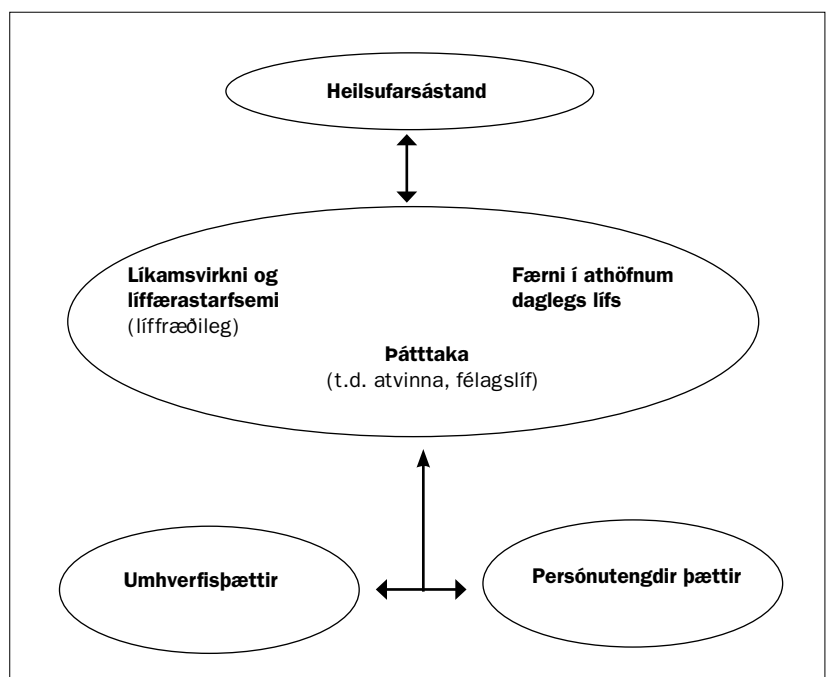
Bjarnadóttir<sup>2</sup>

ENDURHÆFINGAR- OG

TAUGALÆKNIR

Heilsustofnun  
Náttúruvæðingafélags  
Íslands<sup>1</sup> Reykjalundur  
endurhæfing<sup>2</sup>.

[jan@hnlfi.is](mailto:jan@hnlfi.is)



Mynd 1. Lýsing heilsufarsástands samkvæmt ICF.

kerfum eru sjúkdómsgreiningar (ICD) tengdar við færni, þátttöku og samhengisþætti (ICF) (mynd1).

ICF flokkunarkerfi býður upp á þann möguleika að kóða einkenni. Hægt er að flokka um 1500 atriði varðandi líkamsvirkni og líffærastarfsemi, færni í athöfnum daglegs lífs, þátttöku og samhengisþætti. Enn sem komið er eru persónutengdir þættir ekki flokkaðir. Það hefur sýnt sig í löndum sem hafa innleitt flokkunar- og kóðunarkerfi ICF (Sviss og Þýskaland) að það er afar tímafrekt í notkun. Þess vegna hafa svokölluð grunnsett (core sett) verið tekin saman fyrir helstu heilsufarsvandamál, til dæmis langvarandi mjóðbaksverki, sykursýki, beinþynningu, liðagigt og heilablóðfall. Þessi grunnsett eru mun aðgengilegri og vel nothæf í klínískri vinnu.

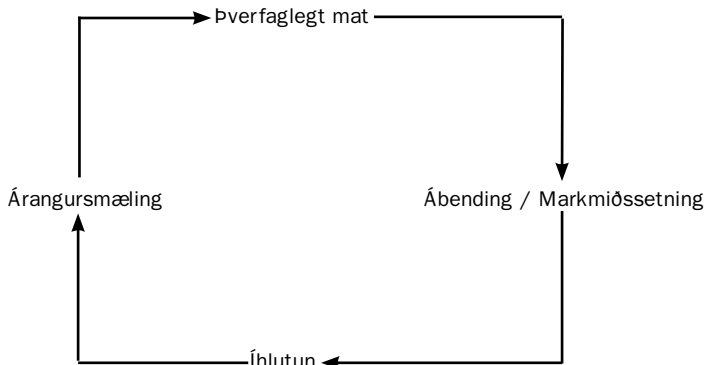
### Hvernig má nota ICF?

Hugmyndafræði endurhæfingar fellur vel að ICF. Þar er heildræn meðferð sniðin að þörfum einstaklingsins og markmið og öll vinna er sem áframhaldandi ferli eins og sjá má að neðan: (mynd 2).

- a) **Þverfaglegt mat**, söfnun upplýsinga
- b) **Markmið** eru sett á sviði líkamsfærni, athafna daglegs lífs og þátttöku og umhverfis.
- c) **Íhlutun** fagaðila, til dæmis sjúkraþjálfun, viðtalsmeðferð, sjúklingafræðsla og hvatning til lífsstíls- og hugarfarsbreytinga og skynsamlegrar forgangsröðunar í lífinu.
- d) ICF gefur möguleika á **árangursmælingum** í endurhæfingarferlinu.

Samkvæmt mannfjöldaspá á Íslandi mun fólki 65 ára og eldra fjölga úr 34 þúsundum árið 2005 í tæplega 58 þúsund árið 2025 (8).

Fólk með langvinna sjúkdóma lifir lengur



Mynd 2. Endurhæfing sem áframhaldandi ferli.

sökum bættra læknisfræðilegra meðferðarmöguleika. Þar með er ljóst að fólki með langvinna sjúkdóma mun fjölga til muna á næstu áratugum. Til þess að viðhalda og auka virkni og bæta lífsgæði þessa fólks þarf ekki bara hlutlægar framfarir innan tæknifræði læknisfræðinnar, heldur þarf einnig nýta sér hugmyndafræði sem varpar ljósi á alla þætti einstaklingsins. Hugmyndafræði ICF, sem er notuð í vaxandi mæli í endurhæfingu á Íslandi og er komin í notkun í öðrum löndum (Þýskalandi, Sviss, Danmörku, Svíþjóð) hefur reynst afar árangursrík í þverfaglegri nálgun (9). Erlendis er ICF einnig notað sem staðall til að meta færnisferðingu með tilliti til örorku og til að meta endurhæfingarþörf svo og vistunarþörf fyrir aldraða (10). ICF gerir heilbrigðisstarfsfólki kleift að skilgreina árangur meðferðar á líkamlegu, andlegu og félagslegu sviði. Með notkun á ICF er hægt að bera saman árangur í endurhæfingu við aðra heilbrigðisþjónustu ekki bara innanlands heldur einnig á alþjóðlegum vettvangi (11).

Nú eru skilgreind alþjóðleg markmið sem bæta eiga heilsutengd lífsgæði langveiks fólks og ekki síst fólks með hjarta- og æðasjúkdóma, sykursýki, offitu, krabbamein, öndunarferasjúkdóma og stoðkerfisvandamál (12, 13). Umræða er hafin í Læknablaðinu um hvort breytinga sé þörf í meðferð á langvinnum sjúkdómum (14). Þar er meðal annars nefnt að heildræna meðferð skorti og að þjónustuna verði að byggja á þörfum sjúklinga. Einnig má nefna mikilvægi þess að virða gildi sjúklingsins og þarfir og veita honum nauðsynlegan stuðning (15). ICF er ágætt meðferðartæki til að hvetja meðferðaraðila til að skilgreina vanda sjúklinga, forgangsraða réttum meðferðarúrræðum og leiðbeina þannig sjúklingum til að taka meiri ábyrgð á eigin heilsu.

ICF er og mun verða notað meðal starfsfólks innan heilbrigðiskerfisins og þeirra sem sinna félagslegri þjónustu, réttindamálum, stuðningsþjónustu og stofnana sem meta gæði þjónustu og stýra meðferðarmöguleikum (16, 17).

Mikilvægt er að fagfólk innan allra þjónustukerfa vinni að sömu markmiðum fyrir sjúklinga. Markmiðin þurfa að vera vel skilgreind af þverfaglegum meðferðarteymum. Þannig næst heildræn sýn og hagkvæmni í meðferð.

### Dæmi um notkun á ICD 10 og ICF

Fimmtugur maður fær heilablóðfall með ýmsum einkennum, svo sem lömum, skynskerðingu, slingri (ataxiu), taltruflun og sjónsviðskerðingu. Samkvæmt sjúkdómsflokkunarkerfi ICD-10 er sjúkdómsgreiningin eftirfarandi: Hjarnafleygdrep vegna blóðreks í hjarnaslagæðum, I 63.4.

	Líkamsvirkni (líffræðileg)	Færni í athöfnum daglegs lífs	Þátttaka (atvinna, félagslíf)
Meginmarkmið sjúklings	Að ganga	Að sjá um sig sjálfur	Að verða vinnufær
Þverfaglegt mat	Lömun í annarri hlið og jafnvægiskerðing. Kvíði og hræðsla.	Getur ekki klætt sig, tjáning trufluð.	Óvinnufær.
Markmiðssetning meðferðarteymis	Að geta gengið hjálpertækjalaust >250m án þess að stoppa. Að geta gengið stiga.	Ráða við athafnir daglegs lífs. Tjáskipti verði án misskilnings heima sem að heiman.	Auka sjálfstraust, minnka kvíða, auka hreyfifærni og virkni til að fara í vinnu við hæfi.
Úrræði meðferðarteymis	Styrktar/jafnvægis- og gönguæfingar. Leiðbeina með æfingaprógram.	Þjálfá klæðnað. Talþjálfun. Hjálpertækjaúttekt	Lyfjameðferð, samtöl. Fræðsla til sjúklings og aðstandanda. Styðja með bjargráðum (coping) Meta vinnuáðstæður.
Árangursmæling	6 mín. gönguþróf. Ganga í tröppum. Becks kvíðakvarði.	FIM. Mat á málstoli.	Vinnufærni %.

### Mynd 3. Meðferðaráætlun samkvæmt hugmyndafræði ICF.

Samkvæmt ICF geta skilgreiningar verið eftirfarandi:

#### Líkamsvirkni:

Miðlungsslæm lömun í ganglim og kraftminnkun um hægri ökkla og hné. Smávægileg lömun í hægri hönd. Á dálítið erfitt með að tjá sig um annað en það persónulega. Óstöðugleiki vegna lömunar og slingurs. Sjónsviðsskerðing. Kvíði. Svefn í lagi. Skilur vel. Styrkur góður í hægri hlið.

#### Líffærastarfsemi:

Miðlungs slæm truflun á starfsemi í vinstra heilavheli.

#### Færni í athöfnum daglegs lífs:

Getur ekki hlaupið. Þarf að nota staf við göngu lengri vegalengdir og styðja sig við handrið við að ganga stiga. Skert fingrafimi veldur erfiðleikum við að hneppa, skrifa (á tölvu) eða vinna verk sem krefjast beggja handa. Skilur eftir mat hægra megin á diskum sínum, sjálfbjarga að öðru leyti með eigin umsjá.

#### Þátttaka:

Getur ekki tekið þátt í atvinnulífi ef það krefst fullrar göngugetu, aksturs bifreiðar og skrifvinnslu. Samskiptaörðugleikar valda hættu á félagslegri einangrun og fötlun sjúklings veldur breyttu fjölskyldumynstri.

#### Umhverfisþættir (samhengisþættir):

Býr í góðri íbúð. Fær stuðning við þrif. Innlit frá heimahjúkrun. Hann óskar eftir að fara í vinnu. Góður stuðningur í fjölskyldu. Fjölskylda hans hræðist frekari einkenni.

#### Persónuþættir (samhengisþættir):

Var góður starfskraftur áður. Hann upplifir sig fatlaðan, er óviss um getu sína til vinnu og hræðist frekari einkenni.

Eins og sést á dæminu gefur sjúkdómsgreining samkvæmt ICD sjúkdómnum nafn og upplýsingar um orsök. Vitað er að tveir einstaklingar með greininguna „heilablóðfall af völdum blóðtappa“ geta haft mjög breytileg einkenni og bataferlið getur verið ólíkt. Þegar einkenni eru skilgreind samkvæmt flokkun ICF fæst mun betri mynd af fötlun einstaklingsins, einkennum, styrkleikum hans og veikleikum. Af flokkun ICF sést einnig hvaða þörf er fyrir meðferð og úrræði. Ofan nefnd lýsing getur verið sjúkrasaga eða læknaþrátt. Upplýsingarnar er einnig hægt að gefa með tölu- legum kóðum. Á meðfylgjandi mynd sést dæmi um hvernig hægt er að nota ICF í daglegri vinnu (mynd 3).

#### Lokaorð

Í vinnu með sjúklingi er mikilvægt að hafa heildstæða sýn á vandamál og að úrlausnir séu sýnilegar og skýrar og fylgi sjúklingi til næsta meðferðaraðila eða á næsta þjónustustig. Þá er einnig mikilvægt að tala mál sem allir skilja, sjúklingurinn meðtalinn. Mikilvægt er að lýsing á vandamálum og markmiðum sé skýr, eins og hún er með því að nota ICF. ICF einblínir ekki á orsök sjúkdóma eða greiningu heldur á færni manna til að takast á við athafnir daglegs lífs og taka virkan þátt í samfélaginu þrátt fyrir ákveðnar skerðingar. Það hefur sýnt sig um allan heim að hugmyndafræði ICF er komin til að vera og notkun hennar hefur í för með sér mikla

framför í meðferð sjúklinga með margþættan heilsufarsvanda. Við endurhæfingarlæknar höfum kynnt okkur ICF og unnið samkvæmt þeirri hugmyndafræði lengi. Við mælum með að ICF verði notað með ICD og hvetjum heilbrigðisyfirvöld til að stuðla að kynningu og notkun á ICF til bættrar heilbrigðisþjónustu og eru endurhæfingarlæknar jafnframt tilbúnir að koma að þeirri vinnu.

### Þakkir

Gunnar Kr. Guðmundsson endurhæfingarlæknir og Margrét Sigurðardóttir iðjuþjálfari fá þakkir fyrir góðar ábendingar.

### Til upplýsingar

Íslensk þýðing á hugtökum ICF er á ábyrgð höfundu og getur breyst þegar opinber þýðing verður gefin út.

### Heimildir

1. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ* 2004; 329: 1398-401.
2. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 207-10.

3. Barsky AJ, Borus JF. Functional Somatic Syndromes. *Review. Ann Intern Med* 1999; 130: 910-21.
4. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1979.
5. World Health Organization, ICIDH. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. WHO, Geneva 1980.
6. Gunnarsdóttir V. ICF Flokkunarkerfið og notagildi þess á Íslandi 2003. Heimasíða landlækniseimbættis. [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is)
7. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health 2001: ICF*, WHO Geneva.
8. Hagstofa Íslands, Mannfjöldaspá 2005-2025; [www.hagstofa.is](http://www.hagstofa.is)
9. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF Model as Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Phys Ther* 2002; 82: 1098-107.
10. Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation(WHO), Ausgabe 1-2, 2003.
11. Ewert T, Cieza A, Stucki G. Die ICF in der Rehabilitation 2002; 12: 157-62.
12. World Health Organization. *The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium: report of a WHO scientific group 2003*; Tech Rep Series 919. Geneva, WHO.
13. Walsh NE. Global Initiatives in Rehabilitation Medicine. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 1395-402.
14. Guðmundsson S, Pálsson R. Eftirlit og meðferð sjúklinga með langvinna sjúkdóma. Er breytinga þörf? *Læknablaðið* 2006; 92: 258-9.
15. Wagner EH. High quality care for people with chronic diseases. What patients with chronic conditions really need. *BMJ* 2005; 330: 610-1.
16. National Health Service. [www.connectingforhealth.nhs.uk/clinicalcoding/classifications/icf](http://www.connectingforhealth.nhs.uk/clinicalcoding/classifications/icf)
17. A functioning and related health outcomes module. The development of a data capture tool for health and community services information systems. Australian Institute of Health and Welfare Canberra, 2006.